



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی بوشهر
دانشکده پزشکی
پایان نامه جهت دوره دکترای حرفه ای پزشکی

عنوان:

**بررسی تاثیر آموزش بر آگاهی و نگرش زنان بالاتر از ۲۰ سال
شهر بوشهر در خصوص خودآزمایی سینه (BSE)، معاینات
کلینیکی سینه و ماموگرافی-۱۳۸۶**

دانشجو:

سکینه افراخته

استاد راهنما و مشاور آمار:

دکتر کامران میرزایی

استادیار گروه پزشکی اجتماعی

این طرح با تصویب و حمایت مالی حوزه معاونت
پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی
درمانی بوشهر اجرا گردیده است.

۱۳۸۷

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تقديم به :

پدر و مادر مهربانم که وجودشان مایه ی

مباهات من است.

با تشکر از:

برادران عزیز و خواهران
مهربانم

و سایر دوستانی که در انجام این پایان
نامه مرا همراهی نمودند.

با تشکراز:

- استاد راهنمای بزرگوارم جناب آقای
دکتر میرزایی که در تمامی مراحل این
پایان نامه مرا یاری نمودند.

-ریاست محترم دانشکده پزشکی جناب آقای
دکتر مجتویی و سایر اساتیدی که در طی
این هفت سال به ما آموختند.

با تشکر ویژه از:
سرکار خانم دکتر ثریا زحمت کش کارشناس بهداشت خانواده
دانشکده بهداشت
که وظیفه طراحی و اجرای برنامه های آموزشی را بر عهده داشتند.

روسای مراکز بهداشت شهرستان بوشهر:
آقای دکتر سید حسن معینی
آقای دکتر ابراهیم ابراهیمی

وسرپرستان و کارشناسان بهداشت خانواده مراکز بهداشتی درمانی
شهرستان بوشهر که در اجرای طرح فوق نهایت مساعدت و همکاری را
بعمل آورد.

چکیده:

سرطان پستان شایعترین سرطان تشخیصی و یکی از عوامل عمده مرگ و میر ناشی از سرطان در زنان می باشد. در صورت انجام منظم تست های غربالگری توصیه شده از سوی سازمان جهانی بهداشت ، خصوصا انجام ماموگرافی و معاینه بالینی پستان بصورت سالیانه در زنان بالای ۴۰ سال و بالاتر و معاینه بالینی پستان هر یک الی ۳ سال در زنان جوانتر از ۴۰ سال منجر به کاهش قابل ملاحظه ای در مرگ و میر ناشی از سرطان پستان می شود. سرطان پستان یکی از شایع ترین سرطان های زنان است که در صورت تشخیص زودرس و به موقع در مراحل اولیه شانس درمان آن افزایش یافته و موجب بالارفتن طول عمر افراد مبتلا به این سرطان خواهد شد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش بهداشت بر آگاهی، نگرش و عملکرد زنان بالای ۲۰ سال شهرستان بوشهر در مورد سرطان پستان و روشهای غربالگری این سرطان انجام شد. در این مطالعه ۵۳۲ زن مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان بوشهر در طی یک دوره ۶ ماهه مورد بررسی قرار گرفتند. طی یک مطالعه مقطعی، جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه در دو مرحله قبل و بعد از آموزش انجام شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزار آماری SPSS در سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ انجام شد. نتایج حاصل از آزمون های آماری نشان داد که بین نمره آگاهی قبل و بعد از آموزش ($P < 0.0001$) و نیز نمره نگرش قبل و بعد از آموزش ($P < 0.0001$) اختلاف معنی داری وجود داشته است و نیز میزان انجام آزمون های BSE و CBE و ماموگرافی قبل از آموزش به ترتیب ۳۴/۸، ۲۲/۸ و ۷/۳ درصد بود که بعد از آموزش به ترتیب به ۶۳/۲، ۴۱/۶ و ۱۳/۲ درصد افزایش یافت ($P < 0.002$). در این بررسی بین سن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات زنان و همسرانشان، سابقه شیردهی و مدت آن و سابقه یائسگی با سطح آگاهی و بین تعداد فرزندان، شغل زنان، میزان تحصیلات زنان و همسرانشان، سن اولین حاملگی با سطح نگرش و وجود سابقه خانوادگی سرطان پستان عملکرد آنان ارتباط معنی داری مشاهده شده است ($P < 0.0001$). با توجه به نتایج حاصله و تأثیر مثبت آموزش بر افزایش آگاهی و نگرش و عملکرد افراد توصیه می شود برنامه های آموزشی مدونی در زمینه سرطان پستان و روش های غربالگری آن در تمامی سنین برگزار شود و در جهت ارتقاء سلامت زنان از دوران بلوغ تا بعد از یائسگی به امر پی گیری و آموزش توجه بیشتری مبذول گردد.

فهرست مطالب

| عنوان مطالب | صفحه |
|---|------|
| مقدمه | ۱ |
| کلیات | ۲ |
| - شیوع سرطان سینه | ۲ |
| - تاریخچه سرطان سینه | ۳ |
| - آناتومی پستان | ۵ |
| - ریسک فاکتور های سرطان سینه | ۶ |
| - روش پیگیری بیماران مبتلا به مشکلات سینه | ۱۰ |
| - روش های غربالگری سرطان سینه | ۱۲ |
| - هیستوپاتولوژی سرطان سینه | ۱۹ |
| - خلاصه درمان سرطان سینه | ۲۲ |
| بیان مسئله | ۲۴ |
| اهداف و فرضیات | ۲۶ |
| بررسی متون | ۲۹ |
| مواد و روش کار | ۴۴ |
| نتایج | ۴۸ |
| بحث و نتیجه گیری | ۷۸ |
| پیشنهادهات | ۸۵ |
| منابع | ۸۷ |
| چکیده انگلیسی | ۹۴ |
| پیوست | ۹۵ |

فهرست جداول

| صفحه | عنوان |
|------|--|
| ۲۱ | جدول مرحله بندی TNM سرطان سینه |
| ۴۹ | جدول ۱- ۴: فراوانی و درصد شرکت کنندگان بر حسب نام مرکز بهداشتی درمانی |
| ۵۰ | جدول ۲- ۴: اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه |
| ۵۱ | جدول ۳- ۴: اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه |
| ۵۳ | جدول ۴- ۴: فراوانی (درصد) پاسخ به سوالات آگاهی افراد شرکت کننده قبل از آموزش |
| ۵۴ | جدول ۵- ۴: فراوانی (درصد) پاسخ به سوالات نگرش افراد شرکت کننده قبل از آموزش |
| ۵۶ | جدول ۶- ۴: فراوانی (درصد) پاسخ به سوالات آگاهی بعد از آموزش |
| ۶۰ | جدول ۷- ۴: رابطه بین سوالات آگاهی قبل و بعد از آموزش |
| ۶۴ | جدول ۸- ۴: فراوانی (درصد) پاسخ به سوالات نگرش بعد از آموزش |
| ۶۶ | جدول ۹- ۴: رابطه بین سوالات نگرش قبل و بعد از آموزش |
| ۶۸ | جدول ۱۰- ۴: میانگین سطوح آگاهی و نگرش قبل و بعد از آموزش |
| ۶۸ | جدول ۱۱- ۴: رابطه سطح آگاهی و نگرش قبل و بعد از آموزش |
| ۶۹ | جدول ۱۲- ۴: ارتباط بین سطح آگاهی - نگرش قبل و بعد از آموزش |
| ۷۴ | جدول ۱۳- ۴: همبستگی بین آگاهی و نگرش با عوامل و دموگرافیک قبل از آموزش |
| ۷۵ | جدول ۱۴- ۴: کسب اطلاعات افراد در مورد روشهای غربالگری بر حسب منبع آن |
| ۷۶ | جدول ۱۵- ۴: فراوانی (درصد) دلایل عدم انجام BSE |
| ۷۷ | جدول ۱۶- ۴: مربوط به دلایل عدم انجام CBE |
| ۷۷ | جدول ۱۷- ۴: مربوط به دلایل عدم انجام ماموگرافی |

مقدمه

۱-۱- کلیات

۱-۱-۱ شیوع سرطان سینه:

سرطان عنوانی است که به انواع مختلفی از بیماریها (شامل بیش از ۲۰۰ نوع بیماری) اطلاق می شود که حاصل رشد و تکثیر بی رویه و بی برنامه سلولهای بدن می باشد که تحت تاثیر عوامل مختلف محیطی و ژنتیکی ایجاد شده و با علائم و شکایت های جسمی متعدد همراه است. دغدغه ای که امروز سرطان را بعنوان یک معضل بهداشتی در سطح جهان مطرح می کند و مبارزه با آن را جزو اولویت های بهداشتی _درمانی قرار می دهد، رشد رو به افزایش تعداد مبتلایان به این بیماری در سطح جهانی، بویژه در کشور ما می باشد. طبق آمارهای سازمان بهداشت جهانی (who) ر سال ۱۹۸۵، ۷.۶ میلیون مورد جدید سرطان در جهان تشخیص داده شده که از این تعداد ۵۲ درصد متعلق به کشورهای در حال رشد بوده است. این تعداد در سال ۱۹۹۵ به ۹ میلیون مورد، در سال ۲۰۰۰ به ۱۰.۵ میلیون مورد در سال ۲۰۲۰ بالغ بر ۲۰ میلیون مورد خواهد بود که بیشتر موارد آن در کشورهای در حال توسعه دیده می شود. در سال ۲۰۰۰ حدود ۶ میلیون مرگ در اثر سرطان و نیز ۲۲ میلیون بیمار سرطانی وجود داشته است. دومین عامل مرگ و میر در کشورهای توسعه یافته و سومین عامل مرگ و میر در کشور های در حال توسعه سرطان است. این در حالی است که یک سوم موارد از ۱۰ میلیون مورد جدید سالیانه سرطان، قابل پیشگیری و یک سوم موارد نیز با توجه به قابلیت های تشخیص های زودرس و مناسب قابل درمان است. ما بقی مبتلایان نیز می توانند خدمات حمایتی و تسکینی را به نحوی دریافت دارند که از تالامات آنها کاسته شده و حیات را با آرامش نسبی بدرود گویند. آنچه، امروزه ثبت دقیق سرطان و اجرای روش های مناسب پیشگیری و درمان بیماری های سرطانی را الزامی می سازد تغییر جایگاه بیماریها است. به طوری که انواع بیماری ها ی واگیر، که روز گاری به عنوان علل مرگ و میر به حساب می آمدند، امروزه به طور نسبی تحت کنترل در آمده اند. در حالی که بر اساس آخرین بررسی های آماری و اپیدمیولوژیک در ایران، بعد از بیماری های قلبی _عروقی و حوادث، سرطان ها سومین عامل مرگ و میر به حساب می آیند. طبق آمار ثبت موارد سرطانی سال ۱۳۸۲ تعداد کل موارد سرطانی کشور ۳۸۴۶۸ مورد بوده است که ۲۱۶۱۹ (۵۶.۱ درصد) مورد آن مربوط به مردان و ۱۶۸۴۹ (۴۳.۸ درصد) مورد آن مربوط به زنان بوده است. سرطان سینه با میزان ۴۰۳۱ (۱۵ درصد) از کل موارد سرطانی در زن و مرد، بعد از سرطان پوست (۱۵.۷ درصد)، معده (۱۱ درصد) در مقام سوم قرار دارد. میزان سرطان سینه گزارش شده در زنان ۳۹۴۶ مورد می باشد که در زنان مقام اول را دارد. (میزان بروز اختصاص سنی) آن در کشور های در پیشرفته ۶۷.۸ و در کشورهای کمتر توسعه یافته ۲۳.۸ و در کل جهان ۳۷.۵ است. این میزان در ایران برابر با ۱۵.۹ می باشد. طبق آمار ثبت موارد سرطانی سال ۱۳۸۲ در استان بوشهر سرطان سینه با میزان ۳۵.۸ درصد کل موارد سرطانی، مقام اول را در بین سایر سرطان ها دارد. با توجه به شیوع و بروز بالای این بیماری، برنامه ریزی در جهت کنترل این بیماری یک ضرورت سیاست بهداشتی کشور است (4).

۲-۱-۱-تاریخچه سرطان سینه:

سرطان سینه با علت ناشناخته خود، توجه پزشکان را در تمام اعصار به خود جلب کرده است. علیرغم قرن ها نظریه پردازی و اقدامات علمی، سرطان سینه یکی از ترسناک ترین بیماری های انسانی می باشد. داستان تلاش جهت مقابله با سرطان سینه داستانی پیچیده است و بر خلاف بیماری هایی که علت و درمان آنها را شناخته ایم، پایان رضایت بخشی ندارد. ولی به هر حال پیشرفت های که صورت گرفته است در کاهش ترسهای ناشی از این بیماری موثر بوده است. هم اکنون ۵۰٪ زنان آمریکایی برای بیماری سینه با جراح مشاوره می کنند ۲۵٪ تحت بیوپسی سینه قرار می گیرند. و ۱۲٪ هم به نوعی به سرطان سینه دچار می گردند. (۱۰).

سرطان سینه حدود یک سوم از همه سرطان ها را در زنان تشکیل می دهد و پس از سرطان ریه شایع ترین علت مرگ ناشی از سرطان در زنان است. با وجود این سرطان سینه بالاترین میزان بروز را در میان همه سرطانها را دارد. براساس برآوردهای انجمن سرطان آمریکا، در طی سال ۲۰۰۲ در آمریکا ۲۰۳۵۰۰ مورد جدید سرطان سینه و ۳۹۶۰۰ مرگ ناشی از آن وجود داشته است در طی ۵۰ سال گذشته میزان بروز سرطان سینه در ایالات متحده به حد چشمگیری افزایش یافته است. از هر هشت زن آمریکایی تقریباً یکی به سرطان سینه مبتلا خواهد شد. خوشبختانه میزان مرگ و میر در طی سال های ۱۹۹۷-۱۹۹۳ کاهش یافته است که حاکی از افزایش موفقیت در تشخیص و درمان زود هنگام است. (۱۱)

شناخت و توصیف سرطان سینه به سال ها قبل بر می گردد کتیبه ی جراحی اسمیت (۳۰۰۰ تا ۲۵۰۰ سال قبل از میلاد) قدیمی ترین سند تاریخی است که در آن به سرطان سینه اشاره شده است. سرطان توصیف شده در این سند تاریخی در یک فرد مذکر اتفاق افتاده است. اما بیشتر ویژگی های شایع یک سرطان سینه را دارا بوده است. نویسنده اشاره کرده است که "هیچ درمانی برای این بیماری وجود ندارد" از آن به بعد تا قرن اول میلادی، اسناد تاریخی کمی درباره این بیماری در دسترس است.

سلسوس در کتاب پزشکی خود به نقش جراحی در درمان سرطان سینه اولیه اشاره کرده است. "هیچکدام از این توده ها را بجز در مراحل اولیه، نمی توان برداشت، سایر آنها با هر روش درمانی بدتر می شوند." در قرن دوم، گالن مشاهدات بالینی کلاسیک خود را عنوان نمود: "اغلب در داخل سینه توده ای شبیه خرچنگ دیده می شود، همان طور که خرچنگ در دو طرف بدن خود پا دارد، وریدهایی که از توده بیرون می زنند به توده شکل خرچنگ می دهند. ما اغلب بیماری را در مراحل اولیه درمان کرده ایم، اما وقتی اندازه آن بزرگ می شود، هیچکدام از این بیماران درمان نمی شوند. در همه اعمال جراحی ما سعی کرده ایم، که تومور را تا حد دایره ای که بافت سالم و ناسالم با هم تلاقی کرده اند برداریم." (۱۰)

تلاش پزشکان برای بهبود زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه تا اواخر قرن نوزدهم بسیار محدود بود. قبل از دهه ی ۱۸۸۰ میلادی سرطان سینه تقریباً در تمام موارد تا هنگام مراجعه بیمار به صورت موضعی پیشرفت کرده بود و عموماً بیماری کشنده ای در نظر گرفته می شد. با پیشرفت های به عمل آمده روش های جراحی بزرگتری برای درمان سرطان سینه طراحی شدند که در قسمت درمان به طور کامل شرح داده خواهد شد.

۳-۱-۱- آناتومی پستان:

پستان در فرد بالغ بین دنده های دوم و ششم در صفحه افقی و بین لبه استرنوم (از داخل) و خط وسط آگزیلاری (از سمت جانبی) قرار گرفته است. این ساختمان متحدالمرکز دارای برجستگی جانبی به سمت آگزیلامی باشد که دم آگزیلاری یا Spence نام دارد. پستان از سه ساختمان اصلی تشکیل شده است: پوست، بافت چربی زیر جلدی و بافت پستان (پارانشیم و استروما).

پوست حاوی فولیکول های مو، غدد سباسه و غدد عرق آکرین می باشد. پستان گلندولار به ۲۰-۱۵ سگمان تقسیم می شود که توسط بافت همبند از یکدیگر جدا می شوند و با آرایش شعاعی در نیپل همگرایی پیدا می کنند این سگمان ها از ۲۰-۴۰ لوبول تشکیل شده اند که بنوبه خود از ۱۰-۱۰۰ آلئول (واحدهای ترشحی توبولوساکولار) تشکیل شده اند. ۱۰-۵ مجرای جمع کننده اصلی شیر هر سگمان را تخلیه می کنند و در نیپل به سینوس های لاکتی فروس زیر آرئول باز می شوند.

یک لایه فاسیای سطحی پکتورال پستان را می پوشاند و سطح زیرین پستان روی فاسیای عمقی پکتورال قرار می گیرد. در بین این دو لایه فاسیایی، باندهای فیبرو و لیگامنتهای آویزان کننده کوپر قرار دارند که حمایت بافت پستان را تامین می نمایند.

آرئول فاقد فولیکول های مو است و دارای غدد سباسه (در حاشیه خود) غدد عرق آپوکرین و غدد فرعی آرئولار (غدد montgomery) می باشد که به صورت برجستگی های کوچکی که توپرکل های morgagni نامیده می شوند در سطح آرئول باز می شوند.

خونرسانی پستان بطور عمده از عروق سطحی صورت می گیرد. خونرسانی اصلی از شریان توراسیک داخلی و توراسیک جانبی و شاخه های آنها مشتق می شود.

وریدهای سطحی شریان ها را دنبال می کنند و از طریق شاخه های سوراخ کننده ورید توراسیک داخلی، شاخه های ورید آگزیلاری و شاخه های سوراخ کننده وریدهای بین دنده ای خلفی تخلیه می شوند. وریدها در اطراف نیپل بصورت محیطی آناستومز می کنند که circulus venosus نام دارد (10)(11)(12).

۴-۱-۱- ریسک فاکتورهای سرطان سینه:

مشاهدات بالینی موید وجود زیر گروههایی از زنان هستند که نسبت به جمعیت عمومی در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به سرطان سینه قرار دارند. عوامل خطرزای شناخته شده به شرح زیر هستند:

۱- سن:

میزان بروز سرطان سینه با بالا رفتن سن افزایش می یابد. سن مهمترین عامل خطرزا برای این سرطان محسوب می شود. تقریباً ۸۰-۷۵ درصد سرطان های سینه، در زنان بالای ۵۰ سالگی تشخیص داده می شوند. (12)

۲- سابقه خانوادگی سرطان سینه:

۲۰ درصد زنانی که دچار سرطان می شوند، دارای سابقه خانوادگی این بیماری هستند. هر گونه سابقه خانوادگی سرطان سینه، میزان کلی خطر نسبی را افزایش می دهد. با وجود این در زنانی که مادر یا خواهر آنها پس از سن یائسگی به این سرطان مبتلا شده اند خطر ابتلا به این بیماری افزایش چندانی نمی یابد در حالی که در زنانی که مادر یا خواهر آنها قبل از یائسگی دچار سرطان دو طرفه سینه شده اند خطر ابتلا به این بیماری در طول زندگی حداقل ۵۰-۴۰ درصد است. اگر مادر یا خواهر بیمار قبل از یائسگی دچار سرطان یک طرفه سینه شده باشند، خطر ابتلا به این بیماری در طول زندگی بیمار حدود ۳۰ درصد خواهد بود. افزایش بروز در این گروه، احتمالاً ناشی از اونکوژنهای به ارث رسیده است.

تقریباً ۱۰-۵ درصد همه ی سرطان های سینه، دارای اساس ژنتیکی هستند. همه ژنهای به ارث رسیده جنبه اتوزوم غالب دارند اما از قدرت نفوذ متغیری برخوردار هستند.

شایعترین جهش های ژنی، حذف شدگی های ژنی در ژن های *brca1* (در کروموزوم *17q21*) و *brca 2* (در کروموزوم *13q12-13*) هستند. این جهش ها در جمعیت عمومی نادر هستند (۱/۱٪) اما در یهودیان اشکنازی با شیوع بیشتری یافت می شوند (۲-۱٪). آزمایش از نظر این جهش ها، فقط هنگامی باید انجام شود که احتمال بالایی برای مثبت شدن نتیجه وجود داشته باشد، تفسیر صحیح تست امکانپذیر باشد و نتیجه تست بتواند در زمینه تصمیم گیری در مورد درمان طبی بیمار و خانواده او تاثیر گذار باشد (11).

-عوامل تولید مثلی و هورمونی:

هر چه دوران تولید مثلی طولانی تر باشد، خطر ابتلا به سرطان سینه بیشتر خواهد بود. بنابراین متوسط سن منارک در زنانی که دچار سرطان می شوند پایینتر است هم چنین یائسگی زودرس (طبیعی یا مصنوعی)، بیمار را در برابر سرطان محافظت می کند.

یائسگی مصنوعی ناشی از اوفورکتومی بیش از یائسگی طبیعی زودرس خطر ابتلا به سرطان را کاهش می دهد. ارتباط واضحی بین بی نظمی قاعدگی یا طول مدت قاعدگی و خطر ابتلا به سرطان سینه وجود ندارد. شواهدی وجود دارند که نشان می دهند اگر چه این عوامل تولید مثلی

خطر ایجاد سرطان سینه را کاهش می دهند ولی ممکن است بر روی پیش آگهی بیمار تاثیر بدی داشته باشند (11).

سن فرد هنگام نخستین حاملگی نیز یک عامل خطر نسبی برای سرطان سینه می باشد. حاملگی بیش از ۳۰ سالگی میزان خطر را تا ۳۰ درصد افزایش می دهد. داشتن یک حاملگی ترم قبل از ۲۰ سالگی تا ۵۰ درصد از میزان خطر می کاهد. (13)

شیر دادن بر روی میزان وقوع سرطان پستان تاثیری ندارد. (11) (البته در برخی رفرنس ها مثل دنفورت ذکر شده است که در صورتی که شیر دهی بویژه اگر بیشتر از ۲۴ ماه باشد نقش حفاظتی دارد).

نتایج یک مطالعه کاملاً کنترل شده از "مراکز کنترل و پیشگیری بیماریها" نشان می دهند که مصرف داروهای خوراکی جلوگیری از حاملگی (بدون توجه به مدت استفاده) و سابقه خانوادگی یا وجود بیماری های خوش خیم همزمان در سینه، خطر ابتلا به سرطان سینه را افزایش نمی دهند با وجود این، در یک تجزیه و تحلیل تجمعی از ۵۴ مطالعه اپیدمیولوژیک نشان داده شد که در مصرف کنندگان فعلی OCP در مقایسه با افرادی که از این قرص ها استفاده نمی کنند افزایش اندک اما واقعی در میزان خطر سرطان سینه رخ می دهد، ده سال پس از قطع مصرف این قرص ها، میزان خطر در مصرف کنندگان به میزانی که در جمعیت طبیعی دیده می شود، کاهش یافته بود. استروژن درمانی جهت از بین بردن علائم یائسگی خطر سرطان را افزایش نمی دهد ولی در صورتی که طولانی مدت مصرف شود (بیش از ۱۰ سال) شانس سرطان سینه را افزایش می دهد. (11) (4)

۴- سابقه سرطان :

در بیمارانی که دارای سابقه ابتلا به سرطان سینه هستند، خطر ایجاد سرطان میکروسکوپی در سینه مقابل ۵۰ درصد و خطر ابتلا به سرطان بالینی آشکار در سینه مقابل ۲۰ درصد است. (این نوع سرطان با میزان ۲-۱ درصد در سال رخ می دهد).

میزان دو طرفه بودن سرطان، در کارسینوم های لبولر بیشتر از داکتال است.

سابقه کارسینوم اندومتر، تخمدان و کولون نیز با افزایش خطر ابتلا به سرطان سینه همراه است. سابقه پرتو تابی قفسه سینه مثلاً به دلیل بیماری هو چکین و برخی از بدخیمی های دیگر از قبیل کارسینوم اندومتر و تخمدان با افزایش خطر سرطان سینه همراه هستند.

۵- رژیم غذایی، چاقی و الکل:

تفاوت هایی جغرافیایی چشمگیر در میزان بروز سرطان سینه، ممکن است با رژیم غذایی بیماران بویژه میزان مصرف چربی آنها ارتباط داشته باشد. اما در اکثر مطالعات نتوانسته اند این ارتباط را

نشان دهند ولی دیده شده است که زنانی که در اواسط دوران زندگی به افزایش وزن خود ادامه می دهند، ممکن است خطر سرطان سینه افزایش یابد. (12)

بالا بودن فیبر در رژیم غذایی، ظاهراً خطر سرطان سینه را کاهش نمی دهد. رژیم های غذایی حاوی کمبود قابل توجه ویتامین A شانس سرطان سینه را افزایش می دهند. (12)

میزان مصرف الکل با افزایش خطر سرطان سینه همراه است اما مکانیسم این ارتباط مشخص نیست.

شناسایی این عوامل خطر را، غربالگری مناسب و پیگیری بالینی هر بیمار را امکانپذیر می سازد. با توجه به مساله ترکیبات مختلف عوامل خطر را، مدل های ریاضی متعددی برای تعیین میزان کمی خطر سرطان سینه نسبت به جمعیت عمومی، ارائه شده اند. این مدل ها ممکن است در امر مشاوره با یک زن در مورد خطر ابتلای وی به سرطان سینه یادر امر روش پیگیری مناسب سودبخش باشند. با وجود این، توجه به این نکته ضروری است که بسیاری از زنانی که به سرطان سینه مبتلا می شوند فاقد هر گونه عامل خطر را هستند و این امر نباید پزشک را از انجام دادن بیوپسی در مورد یک ضایعه مشکوک منصرف کند.

۵-۱-۱- روش پیگیری بیماران مبتلا به مشکلات سینه:

۱- شرح حال مناسب:

شرح حالی که از بیمار گرفته می شود، باید شامل مدارک موجود در مورد مشکل فعلی پستان، عوامل خطرزای موجود در مورد سرطان سینه و سابقه ی سایر بیماری های پستانی باشد. باید از بیمار در مورد اولین زمان پیدا شدن مشکل خود سوال شود، همچنین بیمار باید توضیح دهد که این مساله با کدامیک از روش های خود آزمونی یا کشف شدن توسط پزشک در یک معاینه ی روتین و یا از طریق ماموگرافی غربالگری، تشخیص داده شده است.

باید از بیمار در مورد دردناک بودن یا بدون درد بودن، اندازه و تغییرات اندازه آن همچنین تغییرات آن با قاعدگی سوال شود.

بیمار باید تمام اطلاعات در مورد بیماری های قبلی سینه، جراحی های انجام گرفته روی آن همچنین گزارشات پاتولوژی از جراحی های قبلی را بیان کند.

تمام عوامل خطر زای سرطان سینه از بیمار سوال شود. وضعیت منارک، قاعدگی ها، مصرف داروها، وضعیت زایمان ها، به طور کامل سوال شود. تاریخچه کامل در مورد سابقه سرطان در خانواده (بستگان درجه اول، دوم، سوم)، سن بستگان مبتلا پرسیده شود. سابقه ی سرطان های قبلی، مصرف غذاها و الکل هم پرسیده شود. (10)(11)(12)

۲- معاینه فیزیکی:

معاینه ی فیزیکی کامل باید انجام شود. که به طور کامل در مبحث CBE توضیح داده خواهد شد.

۳- روش های تصویر برداری:

۱- ماموگرافی:

هدف اصلی ماموگرافی عبارت است از غربالگری زنان بدون علامت برای شناسایی سرطان سینه در مراحل اولیه. عموماً یک ماموگرام غربالگری روتین شامل نمای مایل مدیولترال (mlo) و نمای سری دمی (cc) از هر سینه می باشد. میزان اشعه در هر بررسی کمتر از ۱/۱ راد است. (در CXR اشعه ایی به میزان ۰.۲۵ راد تابیده می شود). کارایی غربالگری به دانسیته ی سینه هم بستگی دارد. هر چه تراکم بافت سینه بیشتر باشد، حساسیت ماموگرام کمتر خواهد بود.

نتایج منفی کاذب آن ۱۵-۱۰ درصد است.

توضیحات کاملتر در ادامه ارائه خواهد شد.

۱۲- اولترا سونوگرافی:

در حال حاضر ارزش اولیه سونوگرافی در افتراق ضایعات کیستیک از توپر می باشد. در ابتدا تصور می شد که سونوگرافی بتواند بعنوان یک روش غربالگری مورد استفاده قرار گیرد اما بعداً مشخص شد که این روش ناکافی است چون قادر به تشخیص کلسیفیکاسیون ها و همچنین تعداد زیادی از بدخیمی ها نمی باشد و همچنین جواب مثبت کاذب زیادی هم دارد. از سونوگرافی به عنوان یک روش جهت هدایت بیوپسی fine needle یا Core biopsy می توان استفاده کرد (13).

۶-۱-۱- روش های غربالگری سرطان سینه :

سرطان سینه یکی از بیماری های شایع و وحشت انگیز در جهان غرب است. تشخیص زود هنگام زیر بنای تلاش های انجام شونده در جهت کاستن از مرگ و میر سرطان سینه را تشکیل می دهد. این هدف به پیدایش برنامه هایی برای غربالگری منجر گردید که به منظور کشف سرطان های سینه در مراحل ابتدایی طراحی شده بودند. زیرا تصور بر این بود که در این مرحله درمان بیشترین تاثیر را بر روی پیامد بالینی اعمال می کند.

تصور بر این است که اغلب سرطان های سینه از یک مرحله مخفی از نظر بالینی عبور می کنند که در خلال آن تعداد سلول های بدخیم بسیار کمتر از آن است که بتوان با مطالعات تصویر برداری رایج و یا با معاینه فیزیکی، بدخیمی را کشف کرد. با پیشرفت کردن بدخیمی، ضایعه ی به حدی بزرگ می شود که می توان آن را از طریق تصویر برداری رایج و با معاینه فیزیکی کشف کرد.

متاستاز دادن حتی در تومور های بسیار کوچک امری محتمل است اما با بزرگتر شدن تومور احتمال اینکه کلون های متاستاتیک پدیدار شوند به طور پیشرونده ای افزایش می یابد. گاهی بیماری متاستاتیک قابل کنترل است اما تعداد بسیار اندکی از بیماران مبتلا به بیماری متاستاتیک بهبود پیدا می کنند. دیده شده است تشخیص سرطان سینه قبل از تهاجم به غدد

لنفی آگزیلاری احتمال بقای بیمار را به نحو قابل توجهی افزایش می دهد. (میزان بقا ۸۵ درصد است.)

بنابراین برنامه های غربالگری باید در جهت تشخیص دادن سرطانهای سینه در کوچکترین اندازه ی ممکن و مخصوصا قبل از رخ دادن متاستازها، طرح ریزی شوند. این روش ها شامل:

۱- معاینه سینه توسط خود بیمار (Breast self examination)

اولین جزء برنامه های غربالگری سرطان سینه است. که توصیه می شود به تمام زنان بالای ۲۰ سال آموزش داده شود. تا هر ماه یکبار به طور سیستماتیک سینه های خود را به منظور کشف اختلالات قابل لمس در فواصل بین ماموگرافی ها و معاینات انجام گرفته توسط یک متخصص امور بهداشتی، مورد معاینه قرار دهند.

BSE در فردی که قبل از سن یائسگی می باشد باید ۷-۵ روز بعد از پریود (قاعدگی) در هر ماه انجام شود و در صورتی که بعد از سن یائسگی باشد در یک روز خاص در هر ماه می تواند انجام دهد.

این برنامه بیماران را تشویق می کند تا هر گونه یافته ی غیر طبیعی را بدون تاخیر به پزشک خود گزارش کنند. به طور کلی، این روش یک روش مفید و کم هزینه برای غربالگری است. ایرادی که به آن وارد می شود این است که در برخی از زنان که در اثر قوام نامنظم یا برجسته ی بافت طبیعی پستان خود دچار نگرانی می شوند BSE ممکن است اضطراب برانگیز باشد. با وجود این چون بیش از ۴۰ درصد سرطان های سینه هنوز توسط خود زنان کشف می شوند بنابراین معاینه توسط خود فرد همچنان به عنوان جزئی مهم از تمام برنامه های غربالگری، مطرح است. بهترین روش برخورد با اضطراب بیمار، آموزش دادن و اطمینان بخشیدن به بیمار در این مورد است که برخی از ندولاریته ها طبیعی هستند و اغلب سرطانها توده های سخت و مشخصی را بوجود می آورند که بیمار می تواند آنها را از بافت طبیعی سینه افتراق دهد (10)(11)(12)(13)(14)(15).

شیوه انجام BSE :

این معاینه از دو مرحله مشاهده و لمس تشکیل می شود:

۱- مشاهده دقیق:

به فرد توضیح داده می شود در حالی که از کمر به بالا لخت شده است روبروی آینه بایستد و در وضعیت های زیر به دقت به سینه های خود نگاه کند:

الف) بازوها در کنار شخص آویزان باشد.

ب) بازوها بالا برده شود.

ج) در حالی که دست ها به کمر زده شده است مختصری به جلو خم شود.

د) یک بار از سمت راست و بار دیگر از سمت چپ، در حالی که مختصری به جلو خم شده است، از زاویه پهلوی سینه های خود نگاه کند.

در هر کدام از این وضعیت ها ی مذکور، سینه ها را از نظر شکل، اندازه، محدوده سینه ها، تغییرات پوست از نظر رنگ، نقطه نقطه شدن (تغییرات پوست پرتقالی) ضخیم شدگی، تو کشیدگی، تورم، برجستگی، زخم و هر گونه تغییر دیگری بررسی کند. (منظور از محدوده سینه ها ناحیه ای وسیع تر از برجستگی سینه است. این محدوده در بالا تا استخوان ترقوه، از پایین ۳- ۲ سانتیمتر زیر چین پستانی، از وسط تا کناره استخوان جناغ و از خارج تا خط مید آگزیلاری ادامه دارد).

در ناحیه آگزیلا هم تمام این بررسی ها را انجام دهد. نیپل ها را از نظر وجود ترشح، پوسته پوسته شدن، ضایعات خارش دار، زخم، توده، سفتی و یا تو کشیدگی بررسی کند.

سپس نیپل ها را به آرامی و از دو جهت عمود بر هم ما بین انگشتان شست و اشاره خود فشار دهد و وجود هر گونه ترشحاتی را از نیپل بررسی کند، در صورت وجود ترشح رنگ، مقدار و یک طرفه یا دو طرفه بودن آنرا در نظر بگیرد.

۲- لمس دقیق:

لمس سینه ها را در دو صورت می توان انجام داد :

-وضعیت خوابیده -در حمام زیر دوش آب

در هر دو روش اصول معاینه یکی است و عبارتند از:

الف) از دست راست جهت معاینه سینه چپ، و از دست چپ جهت معاینه سینه راست استفاده کند.

ب) هیچ گاه برای معاینه، بافت سینه را ما بین انگشتان خود نگیرد زیرا در این صورت همیشه به طور کاذب توده ای را در سینه لمس خواهد کرد .

برای معاینه صحیح سه انگشت میانی خویش را بر روی سینه گذاشته و آن را به قفسه سینه فشار دهد به طوری که انگشت شست و انگشت کوچک در معاینه به کار نروند.

ج) از قسمت کف دستی انگشتان (بند اول و دوم) برای معاینه استفاده شود.

د) از یک حرکت چرخشی آرام، ابتدا با فشار کم و سپس با فشار بیشتر، در هر ناحیه لمس شده استفاده کند.

ه) انگشتان باید بر روی پوست سینه از یک ناحیه به ناحیه دیگر لغزانده شود به عبارتی پس از اتمام معاینه یک ناحیه، برای شروع معاینه ناحیه مجاور دست خود را از روی سینه بردارد؛ بلکه به آرامی آنرا به ناحیه بعدی بلغزند.

و) معاینه از هر ناحیه ای از سینه می تواند شروع شود. اما بهتر است از قسمت فوقانی- خارجی و یا فوقانی- داخلی آغاز گردد.

ز) به شخص توضیح داده شود که از یک روش ثابت و مشخص برای معاینه استفاده کند تا در انجام آن ماهر شود.

لمس سینه به سه روش دایره ای، نوارهای طولی و شعاعی می تواند انجام می گیرد.

ح) لمس ناحیه آگزیلا و نیپل هم به طور کامل انجام شود و وجود هر گونه توده یا ترشحات از نیپل مد نظر قرار گیرد.

ک) برای معاینه در وضعیت خوابیده بهتر است ابتدا یک بالش یا حوله کوچک در زیر شانه راست خود قرار دهد؛ دست راست را بالا زیر سر خود گذاشته و با دست چپ سینه را معاینه کند. عکس این اقدامات را برای معاینه سینه چپ انجام دهد.

ل) در زیر دوش، دست راست بالا گرفته شود و از دست چپ برای معاینه سینه راست استفاده شود و بر عکس. (14)

۲- معاینه توسط پزشک (clinical breast examination)

CBE به همراه ماموگرافی نسبت به BSE از مقبولیت بیشتری بعنوان روش های غربالگری در رفرنس های مختلف برخوردار هستند .

در مورد زمان شروع انجام CBE در رفرنس های مختلف اتفاق نظر یکسان وجود ندارد. ولی آن چیزی که در مجموع به نظر می رسد اتفاق نظر باشد این است که در خانم های بالای ۴۰-۲۰ هر سه سال یک بار معاینه توسط پزشک انجام گیرد. در سنین ۴۰ سالگی و بالاتر هر ۳-۲ سال یکبار و در صورت وجود سابقه ی خانوادگی مثبت می توان هر سال یک بار این کار را انجام داد .

معاینه فیزیکی سینه ها شامل مشاهده ی پوست لمس سینه ها معاینه نیپل ها از طریق ترشح و سپس عقده های لنفاوی ناحیه آگزیلا و سوپراکلاویکولار است. در حالتی که بیمار نشسته و دست های خود را در پشت سر و آرنج های خود را به طرف عقب قرار داده است سینه ها باید از نظر غیر قرنیگی ، فرو رفتگی پوست و هر گونه منطقه ای از اریتم یا ادم مشاهده شوند سپس با توجه ویژه به زیر ناحیه آرنجول، سینه ها با به طور قرنیه از ترقوه تا چین زیر پستانی و از جناغ تا خط زیر بغلی خلقی مورد لمس و معاینه قرار گیرد در معاینه باید با انگشتان صاف و چسبیده به هم وبا استفاده از ناحیه بین مفاصل DIP و PIP صورت گیرد تا به عقب فشرده شدن بافت پستان بر روی دنده ها و بررسی از نظر توده ها، منطق ضخیم شدگی و یا نواحی دردناک امکان پذیر شود سپس نواحی مشکوک را باید با استفاده از نوک انگشتان به طور دقیق تر مورد معاینه قرار داد معاینه هر دو سینه باید در هر دو وضعیت خوابیده به پشت و نشسته انجام داده شود اگر یک ناحیه غیر طبیعی شناسایی شود باید توصیف دقیق از اندازه، شکل، قوام، حساسیت و موقعیت آن ناحیه به ثبت برسد .

نوک پستان ها و آرنجول در وضیت خوابیده به پشت باید به بهترین نحو قابل معاینه هستند و در ابتدا باید از نظر هر گونه ناحیه ترک خوردگی پوست مورد مشاهده قرار گرفته و سپس با ملایمت

برای بررسی ترشح تحت فشار قرار داده شوند. تعداد و وضعیت مجاری که ترشح از آن ها خارج می شوند باید به ثبت برسد رنگ ترشح (شیری، سبز، زرد، شفاف، قهوه ای، یا خونی) و قوام آن (آبکی، چسبیده یا غلیظ) باید مورد توجه قرار گیرند.

عقدۀ های لنفاوی ناحیه آگزیلا، باید در زیر بغل راست با دست چپ و در زیر بغل چپ با دست راست، مورد معاینه قرار گیرند انگشتان برای بررسی باید از نظر عقدۀ های لنفاوی بزرگ، به طرف داخل و بالا فشرده شوند. در وضعیت خوابیده به پشت، عضلات شانه باید در حالت شل قرار داشته باشند تا با قرار دادن آرنج بیمار در کنار بدن و یا با حمایت کردن از بازوی بیمار در حالی که دست بیمار به طرف شانه طرف مقابل آورده شده است روند معاینه آسانتر شود. در وضعیت نشسته می توان با حمایت از آرنج بیمار با یک دست، عضلات شانه را در وضعیت شل قرار داد و در همان هنگام با دست دیگر عقدۀ های لنفاوی آگزیلا را معاینه کرد. عقدۀ های لنفاوی سوپراکلاویکولار را می توان را در وضعیت خوابیده به پشت یا نشسته معاینه کرد.

در صورت وجود توده تمام مشخصات آن باید توصیف شود (10)(11)(12)(13)(14).
ماموگرافی:

ماموگرافی یک جزء مهم از روشهای غربالگری استاندارد در سرطان سینه محسوب می شود. توسط ماموگرافی می توان سرطانها را در اندازه هایی کوچکتر از حد قابل کشف توسط معاینه کننده های با تجربه، تشخیص داد (به صورت کلسیفیکاسیون هایی بدون توده قابل لمس توام، یا به صورت توده های بسیار کوچک یا عمقی).

در مورد زمان شروع انجام ماموگرافی در کتابهای مختلف نظرات متفاوت است ولی آنچه که تا حدودی توافق نظر همگان به نظر می رسد این است که: ماموگرافی دو طرفه در سن ۴۰ سالگی برای اولین بار به عنوان پایه انجام شود و سپس در سن ۴۹-۴۰ سالگی هر یک تا دو سال یک بار انجام شود. و از سن ۵۰ سالگی هر سال ماموگرافی صورت گیرد.

در صورت وجود سابقه خانوادگی سرطان سینه، می توان ماموگرافی پایه را در سن ۳۵ سالگی یا ۱۰ سال قبل از سنی که سرطان سینه در اولین عضو خانواده (هر کدام که سن پایین تری داشته باشد) تشخیص داده شده است، انجام داد.

۵۰-۱۰ درصد سرطانهایی که در ماموگرافی کشف می شوند، قابل لمس نیستند. در مقابل با معاینه فیزیکی ۲۰-۱۰ درصد سرطانهایی که در ماموگرافی دیده نمی شوند کشف می گردند.

ویژگیهای ماموگرافیک که اختصاصی مطرح کننده سرطان سینه شامل مشاهده یک توده جامد با یا بدون ویژگیهای اقماری، ضخیم شدگی غیرقرینه بافت سینه و میکرو کلسیفیکاسیون های مجتمع می باشد، حضور نقاط ظریف کلسیمی قابل لمس و گاهی در زنان جوان میکرو کلسیفیکاسیون ها ممکن است تنها یافته ناهنجار ماموگرافیک سرطان سینه باشد.

مطالعات نشان داده اند که از انجام غربالگری ماموگرافیک، ۳۳ درصد کاهش در مورتالیتته ی سرطان سینه بدست می آید. درمورد نتایج مثبت کاذب و منفی کاذب سرطان سینه گفته می شود که یک رادیولوژیست با تجربه می تواند سرطان سینه را با مثبت کاذب ۱۰ درصد و منفی کاذب ۷ درصد شناسایی کند (15)(11).

۷-۱-۱=هیستوپاتولوژی سرطان سینه:

-کارسینوم در جا (In situ):

سلولهای سرطانی که از غشای پایه نفوذ نکرده باشند، کارسینوم در جا نامیده می شوند. کارسینوم های درجا به دو دسته ی کلی ICIS (کارسینوم لوبولر در جا) و DCIS (کارسینوم در جا) تقسیم می شوند.

-کارسینوم مهاجم سینه:

منشا سرطان های مهاجم سینه، لوبولاریا داکتال است.

کارسینوم مهاجم سینه شامل:

۱- بیماری پاژه

۲- کارسینوم مهاجم داکتال سینه

۳- کارسینوم مدولاری

۴- کارسینوم موسینو (کارسینوم کلویید)

۵- کارسینوم پاپیلاری

۶- کارسینوم توبولار

۷- کارسینوم مهاجم لوبولار

جدول مرحله بندی TNM سرطان سینه

| مرحله سرطان | اندازه تومور | متاستاز عقده لنفاوی | متاستاز دور دست |
|-------------|--|------------------------|-----------------|
| O | Tis | No | Mo |
| I | T1 | No | Mo |
| IIA | T1 یا To T2 | N1 No | Mo |
| IIB | T2 T3 | N1 No | Mo |
| IIIA | To یا T1 یا T2 T3 یا T3 | N2 N1 | Mo |
| IIB | T4 | No یا N1 یا N2 | Mo |
| IIIC | هر نوع T | N3 | Mo |
| IV | هر نوع T | هر نوع N | M1 |

T: تومور اولیه

Tx: تومور اولیه غیر قابل تشخیص. **To:** عدم وجود تومور اولیه. **Tis:** کار سینوم درجا شامل **DCIS, LCIS** و بیماری پازه. **T1:** بیشترین قطر تومور کمتر از ۲ سانتی متر. **T2:** $< 5\text{cm}$ اندازه تومور $< 2\text{cm}$. **T3:** اندازه تومور بیش از ۵ سانتی متر. **T4:** تهاجم تومور با هر سائز به قفسه سینه یا پوست.

N: عقده های لنفاوی منطقه ای

NO:عدم متاستاز به عقده های لنفاوی منطقه ای. **N1:** متاستاز به به عقده های لنفاوی آگزیلاری متحرک همان طرف **N2:** متاستاز به عقده های لنفاوی آگزیلاری ثابت همان طرف یا درگیری عقده های لنفاوی پستانی داخلی همان طرف بدون درگیری عقده های لنفاوی آگزیلاری. **N3:** متاستاز به عقده های لنفاوی پستانی داخلی همان طرف به همراه متاستاز به به عقده های لنفاوی آگزیلاری یا متاستاز به عقده های لنفاوی سوپرا کلاویکولار یا متاستاز به عقده های لنفاوی اینفرا کلاویکولار **M:** متاستاز دوردست

Mo: عدم وجود متاستاز دوردست. **M1:** متاستاز دوردست.

۸-۱-۱- خلاصه ای بر درمان سرطان سینه:

توانایی پزشکان برای بهبود زندگی زنان مبتلا به سرطان سینه تا اواخر قرن نوزدهم خیلی محدود بود. و سرطان سینه همچنان یک بیماری کشنده محسوب می گردید تا اینکه در سالهای بعد با پیشرفت های زیادی که در روشهای جراحی این بیماری صورت گرفت توانستند بیماری را به یک بیماری درمانپذیر تبدیل کنند .

با معرفی شدن روش ماستکتومی رادیکال **Halsted** عصر کشنده بودن سرطان سینه به پایان رسید. این روش شامل اکسیزیون تمام سینه توام با تمام پوست روی آن، دایسکسیون کامل عقده های لنفاوی از نوع **Level III**

بود.

اکسیزیون عضله سینه ای بزرگ و بعدها اکسیزیون عضلات سینه های کوچک نیز در این عمل جراحی گنجانیده شدند این روش بیش از ۷۰ سال (از سال ۱۸۸۲) درمان انتخابی سرطان سینه بود.

بعد از اینکه معلوم شد که این سرطان علاوه بر گسترش موضعی، از طریق آمبولی از راه خون و لنف هم متاستاز می دهد، همچنین متاستاز در اندازه های خیلی کوچکتر تومور هم می تواند اتفاق بیافتد بنا براین پزشکان به روش های جراحی محدود تر فکر کردند و این روشها شامل **modified radical mastectomy**، ما سکتومی ساده، استفاده صرف از اکسیزیون موضعی و پرتو درمانی به دنبال بیوپسی یا اکسیزیونی یک تومور اولیه بودند. (12)

آخرین روشهای درمانی سرطان سینه بسته به **stage** آن در ذیل ذکر شده است:

درمان سرطان سینه در مرحله **In situ (stage 0)**

در سرطان های **in situ** برای تعیین وسعت سرطان و برای حصول اطمینان از عدم وجود سرطان دوم باید ماموگرافی دو طرفه انجام شود.

در نوع لبولار (LCIS) اکسیزیون جراحی منفعتی ندارد زیرا سرطان هر دو سینه را درگیر ساخته است. تجویز تاموکسیفن جهت کاهش خطر در این بیماران پیشنهاد می شود.

در نوع داکتال (DCIS) در صورت وجود شواهد بیماری منتشر نیارمند ماستکتومی هستند در بیماری محدود تر لامپکتومی به همراه رادیو تراپی توصیه می شود درمان کمکی باتاموکسیفن هم در تمام این بیماران توصیه می شود .

درمان سرطان مهاجم در مراحل اولیه (Ib، IIa، IIb)

برای درمان سرطان در این مراحل از روش های ماستکتومی به همراه ارزیابی وضعیت عقده های لنفاوی آگزیلاری یا لامپکتومی به همراه ارزیابی وضعیت عقده های لنفاوی آگزیلاری و رادیو تراپی استفاده می شود .

درمان سرطان پیشرفته موضعی (IIIa ، IIIb)

این مراحل متاستاز دور دست ندارند و به دو دسته قابل عمل و غیر قابل عمل تقسیم می شوند . در بیماران مبتلا به سرطان سینه مرحله IIIa قابل عمل جراحی ، ماستکتومی رادیکال اصلاح شده انجام گردیده و متعاقب آن شیمی درمانی و رادیو تراپی انجام می شود . در بیماران IIIa غیر قابل عمل و IIIb برای کاهش میزان سرطان موضعی شیمی درمانی نئوآدجوانت صورت می گیرد.

درمان سرطان در stage IV :

درمان به بهبودی منجر نمی شود ولی امکان دارد باعث افزایش بقای بیمار شود و کیفیت زندگی وی را بهبود بخشد . در این مرحله هورمون درمانی بر شیمی درمانی با داروهای سیتوتوکسیک ارجحیت دارد (11).

۱-۲- بیان مساله

سرطان سینه شایع ترین بدخیمی زنان در سراسر دنیا است (1). میزان بروز این بدخیمی در بسیاری از کشورهای جهان در حال افزایش سریع می باشد (2). تنها در سال ۲۰۰۰ میلادی بیش از یک میلیون مورد سرطان سینه در بین زنان جهان تشخیص داده شده که ۲۲ درصد از سرطان های زنان را تشکیل می دهد و بالغ بر ۳۷۳ هزار زن نیز در اثر ابتلا به این بیماری جان خود را از دست داده اند که رقمی بالغ بر ۱۴ درصد کل مرگ های ناشی از سرطان در زنان را شامل می شود (3) میزان بروز سرطان سینه و مرگ و میر ناشی از آن در مناطق مختلف جهان از روند بسیار متفاوتی برخوردار است که این تفاوت ناشی از تغییر در شیوع عوامل خطر زا و نیز روند دراز مدت در تشخیص بیماری می باشد. در ایران طی آمار اعلام شده از سوی مرکز مدیریت بیماریهای وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی سرطان سینه در سال ۱۳۸۲، ۲۳.۴۲ درصد کل موارد گزارش شده از سرطان را در زنان تشکیل می دهد و میزان بروز خام این سرطان در سال ۱۳۸۲ ۱۲.۹، در هر ۱۰۰ هزار زنان ایرانی بر آورد شده است (4). در میان ده سرطان شایع در زنان استان بوشهر ، سرطان سینه با میزان ۳۵.۸ درصد در سال ۱۳۸۲ همچنان در صدر سرطان زنان این استان محسوب می شود (4). این یافته ها حاکی از روند رو به افزایش این سرطان در ایران و استان بوشهر و حفظ مقام اول در بین سرطان های ثبت شده در زنان کشور (از سال ۱۳۷۸ تا کنون) می باشد.

بر آورد می گردد چنانچه سرطان سینه بر اساس بر نامه ها غربالگری تشخیص داده شود در ۸۰ درصد موارد، غدد زیر بغلی درگیر نیستند. انجمن سرطان آمریکا به منظور تشخیص زودرس سرطان سینه در بیماران بدون علامت، استفاده از روش های غربالگری ذیل را توصیه نموده است:

۱- انجام خود آزمایی سینه بصورت ماهیانه از ۲۰ سالگی به بعد

۲- معاینه بالینی سینه با فواصل ۳ ساله در بین زنان ۲۰-۴۰ ساله و به صورت سالانه بعد از سنین فوق

۳- انجام ماموگرافی اولیه در سنین ۴۰-۴۹ سالگی و بعد به صورت سالانه در سنین بالاتر از ۴۹ سال (5)

از میان راهکارهای تشخیص، خود آزمایی سینه راهی آسان، بدون عارضه، بدون هزینه برای همه خانم ها محسوب می شود (6). پایین بودن سطح آگاهی زنان در باره واقعیت های سرطان سینه، عدم آگاهی نسبت به معاینه فردی سینه (BSE . Breast self exam) و روش انجام آن و یا سهل انگاری در انجام آن، فقر اجتماعی، دیر ظاهر شدن علائم آزار دهنده سرطان سینه مانند اولسراسیون پوست و بی دقتی پزشکان در معاینه، از جمله عوامل موثر در عدم مراجعه در مراحل اولیه این سرطان ذکر شده است (7,8). انجام BSE توسط زنان می تواند در کشف زود رس سرطان سینه و کاهش مرگ ومیر ناشی از آن تاثیر بسزایی داشته باشد.

این مطالعه سعی در شناخت سطح آگاهی و نگرش زنان بالای ۲۰ سال شهر بوشهر از سرطان سینه و خصوصیات آن و نیز روش های غربالگری و تشخیصی آن، و عملکرد آنها نسبت به تشخیص زودرس این سرطان توسط BSE، CBE و ماموگرافی را مورد بررسی قرار می دهد و سپس تاثیر عوامل مختلف و نیز تاثیر آموزش بر تغییر سطح آگاهی و نگرش آنان را ارزیابی می کند.